

**Regulamin realizacji usługi
Asystenta Osobistego Osoby z Niepełnosprawnością
edycja 2026 przez
Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Jasienicy Rosielnej**

Regulamin realizacji usługi Asystenta Osobistego Osoby z Niepełnosprawnością edycja 2026 przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Jasienicy Rosielnej

Zasady ogólne

§1

1. Regulamin ustala zasady rekrutacji, uczestnictwa oraz realizacji świadczenia usług „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”- edycja 2026 w ramach Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej realizowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego, zwanego dalej Funduszem, przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Jasienicy Rosielnej, 36-220 Jasienica Rosielna 240.
2. Użyte w Regulaminie niżej wymienione określenia oznaczają:
 - 1) **Asystent** – asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością,
 - 2) **Beneficjent** – Gmina Jasienica Rosielna / Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Jasienicy Rosielnej, 36-220 Jasienica Rosielna 240,
 - 3) **Kandydat** – osoba ubiegająca się o uczestnictwo w programie na podstawie zasad ujętych w niniejszym Regulaminie.
 - 4) **Komisja Rekrutacyjna** – pracownicy powołani Zarządzeniem Kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jasienicy Rosielnej
 - 5) **Ośrodek** – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Jasienicy Rosielnej
 - 6) **Program** – Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością ” – edycja 2025, finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.
 - 7) **Rodzina** – osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące.
 - 8) **Uczestnik** – osoba zakwalifikowana do Programu zgodnie z zasadami ujętymi w niniejszym Regulaminie.
3. Zakres podmiotowy i przedmiotowy usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością jest określony w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” - edycja 2026.

4. Program realizowany jest przez Gminę Jasienica Rosielna / Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Jasienicy Rosielnej do 31.12.2026 r.
5. Podstawą prawną Programu jest art. 7 ust. 5 oraz art. 13 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848).
6. Odbiorcami usług, zwanymi dalej „uczestnikami” są osoby z niepełnosprawnością zamieszkujące na terenie Gminy Jasienica Rosielna:
 - 1) osoby z niepełnosprawnością posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:
 - a) o stopniu znacznym;
 - b) o stopniu umiarkowanym;
 - c) traktowane na równi do wymienionych w lit. a i b, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej 5 oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44 z późn. zm.).
7. Uczestnik Programu za usługi asystenta nie ponosi odpłatności.
8. Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby niebędące członkami rodziny uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem:
 - 1) posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby z niepełnosprawnością, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta, za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym lub
 - 2) posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu; lub
 - 3) wskazane przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego (w przypadku osoby małoletniej albo ubezwłasnowolnionej całkowicie) w Karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026,
9. W pierwszej kolejności, asystentem może zostać osoba wskazana przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego, z uwzględnieniem postanowień ust. 4 pkt 4 Programu. Jeżeli

asystent nie zostanie wskazany przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego, asystenta wskazuje realizator.

10. Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem Programu.

11. Asystent realizując usługi kieruje się zasadami:

- 1) zasadą akceptacji – opartą na zasadach tolerancji, poszanowania godności, swobody wyboru wartości i celów życiowych uczestnika Programu;
- 2) zasadą indywidualizacji – podmiotowego podejścia do uczestnika Programu, jej/jego niepowtarzalnej osobowości, z jej/ jego prawami i potrzebami;
- 3) zasadą poufności – respektowania prywatności i nieujawniania informacji uzyskanych od uczestnika Programu bez jej/jego wiedzy i zgody osobom trzecim (z wyłączeniem wyjątków wynikających z przepisów obowiązującego prawa);
- 4) zasadą prawa do samostanowienia – prawo uczestnika Programu do wolności i odpowiedzialności za swoje życie (z wyłączeniem sytuacji zagrożenia zdrowia i życia).

12. Realizator nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne szkody powstałe w czasie świadczenia usługi, wynikające z działania osób niezatrudnionych do realizacji usługi.

Cel i zakres realizacji Programu

§2

1. Głównym celem Programu jest wprowadzenie usług asystencji osobistej jako formy ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym. Usługi asystenckie mogą uzupełniać usługi opiekuńcze, nie mogą ich jednak zastępować.
2. W szczególności usługi asystenta mogą polegać na pomocy asystenta w:
 - 1) wykonywaniu czynności dnia codziennego dla uczestnika Programu;
 - 2) wyjściu, powrocie lub dojazdach w wybrane przez uczestnika Programu miejsce (np. dom, placówki oświatowe i szkoleniowe, świątynie, placówki służby zdrowia i rehabilitacyjne, gabinety lekarskie i terapeutyczne, urzędy, znajomi, rodzina,

- instytucje finansowe, wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, społeczne lub sportowe itp.);
- 3) zakupach, z zastrzeżeniem aktywnego udziału uczestnika Programu przy ich realizacji;
 - 4) załatwianiu spraw urzędowych;
 - 5) nawiązaniu kontaktu/współpracy z różnego rodzaju organizacjami;
 - 6) korzystaniu z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy).
3. Usługi asystencji osobistej mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przy czym przez tego samego asystenta maksymalnie do 12 godzin na dobę. Przez dobę należy rozumieć 24 kolejne godziny, poczynając od godziny, w której asystent rozpoczyna realizację usługi asystencji osobistej. Do czasu realizacji usługi asystencji osobistej nie wlicza się czasu dojazdu do i od uczestnika. Do czasu realizacji usług asystencji osobistej wlicza się czas oczekiwania/gotowości na świadczenie usług nie dłuższy niż 90 minut. Jeżeli czas oczekiwania wynosi więcej niż 90 minut, wówczas usługę dojazdu do wybranego miejsca i powrotu z niego rozlicza się jako dwie odrębne usługi powiększone łącznie o 90 minut trwania.
 4. W godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283 z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie finansowane ze środków publicznych.
 5. Usługi asystenta nie są świadczone w miejscach, w których usługi powinny być świadczone na podstawie odrębnych przepisów lub w placówkach zapewniających całodobową opiekę (tj. w szczególności w domach pomocy społecznej, ZOL, zakładach opieki zdrowotnej), ponieważ te co do zasady winny zapewnić niezbędną opiekę osobom korzystającym z tych placówek, zgodnie z zapisami w ich statutach i regulaminach.
 6. Zadaniem asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę z niepełnosprawnością, lecz wyłącznie udzielenie jej pomocy lub wsparcia w realizacji osobistych celów.
 7. Asystent realizuje usługi wyłącznie na rzecz osoby z niepełnosprawnością, na podstawie jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla osób trzecich, w tym członków rodziny osoby z niepełnosprawnością.

8. Asystent podczas realizacji usługi nie wykonuje czynności medycznych (np. cewnikowanie, zmiana opatrunków, zmiana pozycji złożeniowej, toaleta przeciwoleżynowa), nie aplikuje leków.
9. Potrzeby w zakresie usługi asystenta realizowanej w ramach Programu uczestnik Programu określa w Załączniku Nr 7 do Programu – Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026 oraz w załączniku nr 8 do Programu - Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej.
10. Rodzaj usług oraz ich zakres godzinowy powinien być dostosowany do uczestnika oraz jego stopnia i rodzaju niepełnosprawności.
11. Usługi asystenckie wspierające aktywność uczestnika realizowane są w pierwszej kolejności.

Ramy czasowe realizacji usług asystenckich

§3

1. Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w danym roku kalendarzowym wynosi nie więcej niż:
 - 1) 840 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie: o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną lub traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;
 - 2) 720 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie: o znacznym stopniu niepełnosprawności lub traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
 - 3) 480 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie: o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną lub traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy

z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;

- 4) 360 godzin rocznie dla: osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Zgłaszanie osoby z niepełnosprawnością do Programu oraz zamawianie usług asystenckich

§4

1. Zgłoszenia Uczestników do Programu przyjmowane pisemnie w budynku Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jasienicy Rosielnej, 36-220 Jasienica Rosielna 240, w pokoju nr 207, w godzinach pracy Urzędu lub przesłać za pośrednictwem poczty tradycyjnej.
 - 1) kartę zgłoszenia do Programu – Załącznik nr 1 do Regulaminu.
 - 2) oświadczenie o wskazaniu asystenta wraz z oświadczeniem Uczestnika Programu o braku pokrewieństwa ze wskazanym asystentem - Załącznik nr 2 do Regulaminu,
 - 3) Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej - Załącznik nr 3 do Regulaminu,
 - 4) aktualne orzeczenie o niepełnosprawności,
 - 5) Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jasienicy Rosielnej - Załącznik nr 4 do Regulaminu.
 - 6) Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej - Załącznik nr 5 do Regulaminu.
 - 7) dokumenty potwierdzające kwalifikacje asystenta, o których mowa w §1 pkt 8.
2. Za zgodą osoby z niepełnosprawnością zgłoszenia są przyjmowane także za pośrednictwem innych podmiotów (np.: rodzina, znajomi, instytucje pomocy społecznej,

organizacje pozarządowe) lub telefonicznie - nr tel. 512 816 766 lub 13 43 060 05 wew. 01, 04 lub 05.

3. Zgłoszenia do Programu podlegają wstępnej weryfikacji i uszczegółowieniu przez realizatora Programu.
4. Uczestnik Programu jest zapoznawany z Programem "Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością" - edycja 2026 i Regulaminem realizacji usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Jasienicy Rosielnej w trakcie zgłoszenia chęci uczestnictwa w programie, nie później jednak niż w dniu pierwszego kontaktu z asystentem. Fakt ten uczestnik Programu lub jego opiekun prawny potwierdza własnoręcznym podpisem.
5. Osoba z niepełnosprawnością lub opiekun prawny przystępując do Programu potwierdza własnoręcznym podpisem fakt zapoznawania się z Klauzulą informacyjną Programu Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością – edycja 2026, której wzór stanowi Załącznik nr 12 do Programu.
6. Zgłoszenia nowych potrzeb w zakresie usług asystenta mogą być przyjmowane drogą pisemną, osobiście, telefonicznie lub za pomocą poczty elektronicznej.
7. Uczestnik Programu lub jego opiekun prawny zobowiązani są aktualizować Kartę zgłoszenia, o której mowa w § 4. ust. 1 pkt. 1, w każdym przypadku zmiany danych w niej zawartych.
8. Asystent może towarzyszyć uczestnikowi Programu w dojazdach w wybrane przez uczestnika miejsce w celu realizacji usług określonych w Programie, w szczególności przejazdów do innych odległych miejscowości, korzystając:
 - 1) ze środków komunikacji publicznej/prywatnej,
 - 2) z pojazdu stanowiącego własność asystenta/ lub udostępnionego mu przez osobę trzecią (jeżeli posiada prawo jazdy)
 - 3) lub innym środkiem transportu.
9. Dojazd asystenta środkami komunikacji publicznej lub prywatnej pokrywane są z Programu. Rozliczenie usługi o której mowa w pkt. 9 następuje odpowiednio do wykorzystanych środków lokomocji:
 - 1) biletami komunikacji publicznej lub prywatnej,
 - 2) ewidencją przebiegu pojazdu stanowiącego własność asystenta – rozliczenie następuje na podstawie Załącznika Nr 10 do Regulaminu – Ewidencja przebiegu pojazdu,

- 3) dowodem poniesionego wydatku np. rachunek, paragon, faktura dokumentująca przejazd oraz dane asystenta, datę i cel podróży.

10. W ramach świadczonych usług Asystent otrzymuje ustalone w umowie wynagrodzenie oraz:

- 1) zwrot kosztów zakupu jednorazowych biletów komunikacji publicznej/prywatnej dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi oraz koszt przejazdów asystentów własnym/udostępnionym przez osobę trzecią/innym środkiem transportu nie większej niż 300 zł miesięcznie na asystenta wykonującego usługę asystencji osobistej dla jednej osoby z niepełnosprawnością lub nie większej niż 500 zł miesięcznie na asystenta pod warunkiem, że wykonuje on usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością. Zwrot kosztów nie dotyczy przejazdów środkiem transportu uczestnika oraz środkiem transportu należącym do członków rodziny uczestnika, określonych w części IV ust 5 Programu;
- 2) zwrot kosztów zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi;
- 3) ubezpieczenie OC oraz NNW asystentów związanych ze świadczeniem usług asystencji osobistej, w wysokości nie większej niż 200 zł rocznie, przy czym zapewnienie ubezpieczenia OC jest obowiązkiem realizatora Programu. Ubezpieczenie NNW jest dobrowolne.

11. Rozliczenie miesięczne wykonania usług asystenckich następuje przez złożenie podpisu przez uczestnika Programu lub opiekuna prawnego na Karcie realizacji usług asystenckich w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”- edycja 2026, której wzór stanowi Załącznik nr 9 do niniejszego Regulaminu.

Zasady rekrutacji i kwalifikacji uczestników Programu

§5

1. Beneficjent planuje w ramach realizowanego Programu objęcie wsparciem 20 osób, w tym:
 - 1) 2 osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
 - 2) 14 osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności;

- 3) 1 osobę posiadającą orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
 - 4) 3 osoby o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie równoważne.
2. Liczba osób objętych wsparciem w ramach Programu, wskazana w ust. 1 w zależności od posiadanych środków może ulec zmianie.
 3. Pierwszeństwo do zakwalifikowania do udziału w Programie będą mieć osoby:
 - 1) z niepełnosprawnościami sprzężonymi i trudnościami związanymi z mobilnością i komunikacją; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie kopii orzeczenia lub dokumentu równoważnego;
 - 2) ze znacznym stopniem niepełnosprawności; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie kopii orzeczenia lub dokumentu równoważnego; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie kopii orzeczenia lub dokumentu równoważnego.
 4. Rodzaj usług i ich zakres godzinowy są uzależnione od osobistej sytuacji osoby z niepełnosprawnością, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności uczestnika Programu; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie deklaracji zawartej „Karcie zgłoszenia do Programu Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością – edycja 2026” stanowiącej załącznik nr 1 do regulaminu oraz wskazanego do realizacji zakresu czynności określonego w załączniku nr 2 do regulaminu.
 5. Realizator przyznając usługi asystenta bierze również pod uwagę stan zdrowia i sytuację życiową uczestnika Programu.
 6. Karty zgłoszenia do Programu wraz z pozostałą dokumentacją rekrutacyjną będą rejestrowane według kolejności złożenia.
 7. Złożenie karty zgłoszenia do Programu wraz z innymi dokumentami wymaganymi przez Beneficjenta nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem Kandydata do Programu.
 8. Oceny formalnej wniosku (załącznik nr 7 do regulaminu) dokonuje komisja rekrutacyjna powołana zarządzeniem Kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jasienicy Rosielnej.
 9. W przypadku wystąpienia uchybień we wniosku, komisja w terminie 10 dni od daty wpływu wniosku informuje wnioskodawcę o uchybieniach i wzywa do ich usunięcia w terminie 30 dni od daty otrzymania wezwania do ich usunięcia;

10. W przypadku gdy komisja poweźmie wątpliwość co do danych we wniosku o dofinansowanie, które mają wpływ na przyznanie usługi, wzywa wnioskodawcę do złożenia wyjaśnień w sprawie lub złożenia dokumentów w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia otrzymania wezwania przez wnioskodawcę,
11. Nieusunięcie uchybień w wyznaczonym terminie powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
12. Po dokonaniu oceny formalnej, wniosek podlega ocenie merytorycznej w oparciu o kartę oceny merytorycznej stanowiącą załącznik nr 8 do regulaminu.
13. Decyzja Komisji rekrutacyjnej jest ostateczna i nie podlega procedurze odwoławczej.
14. Dokumenty rekrutacyjne nie podlegają zwrotowi i stanowią własność Beneficjenta.
15. O zakwalifikowaniu do Programu osoby zostaną powiadomione przez Beneficjenta telefonicznie oraz pisemnie w jak najszybszym terminie od dnia dokonania wyboru Uczestnika przez Komisję Rekrutacyjną.
16. Do Programu w pierwszej kolejności zostaną zakwalifikowane osoby które w ocenie merytorycznej wniosku uzyskają największą liczbę punktów (max. 12 pkt).
17. W wyniku procesu rekrutacji zostanie utworzona lista osób zakwalifikowanych do uczestnictwa w Programie oraz lista osób rezerwowych, które spełniają warunki, lecz nie zostały zakwalifikowane do udziału w Programie z uwagi na ograniczoną liczbę miejsc. Osoby z listy rezerwowej danej grupy docelowej mogą zostać zaproszone do udziału w Programie według pozycji zajmowanej na liście rezerwowej w trakcie jego trwania w przypadku rezygnacji, skreślenia osoby z uczestnictwa lub pojawienia się możliwości zakwalifikowania większej niż zakładana liczba osób.
18. W przypadku zwolnienia się miejsca w Programie, asystenturą zostanie objęta kolejna osoba z listy rezerwowej.
19. Działania rekrutacyjne wsparte będą kampanią promocyjno-informacyjną.

Procedura rozliczania usług asystentów osobistych osoby z niepełnosprawnością

§ 6

1. Asystenci są rozliczani merytorycznie przez wyznaczonego pracownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jasienicy Rosielnej

2. Okres rozliczeniowy rozpoczyna się z początkiem pierwszego dnia po wykonaniu usługi i kończy się z upływem ostatniego dnia danego miesiąca.
3. Rozliczenie asystenta dokonuje się na podstawie wypełnionej i złożonej prawidłowo w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Jasienicy Rosielnej Karty realizacji usług asystenckich do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026.
4. Rozliczenie świadczenia usług asystenckich dla jednego uczestnika Programu nie może przekroczyć limitu godzin ustalonego przez realizatora.
5. Usługi wykonane przez asystenta, które nie są objęte Programem „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026, nie podlegają rozliczeniu i tym samym wypłacie wynagrodzenia.
6. Karta rozliczenia usług stanowi niezbędną dokumentację do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026.

Pozostałe zasady realizacji usług asystenckich

§ 7

1. Odmowa zrealizowania usług asystenta lub przerwanie ich realizacji może nastąpić w szczególności z powodu wystąpienia co najmniej jednej z niżej wymienionych okoliczności:
 - 1) w przypadkach, w których okoliczności wskazują na możliwość zagrożenia życiu lub zdrowiu uczestnikowi Programu, asystentowi, osobom trzecim, wyrządzenia szkody lub łamania przepisów prawa,
 - 2) agresywne zachowanie lub oczekiwania uczestnika Programu nie pozwalają na kontynuowanie usługi, zgodnie z zasadami Regulaminu,
 - 3) jeżeli Uczestnik Programu zainteresowany jest wyłącznie usługami o charakterze pielęgnacyjnym lub higienicznym (w takim przypadku GOPS rozpatrzy możliwość udzielenia odpowiednich usług opiekuńczych w ramach obowiązujących przepisów prawa),
 - 4) w przypadku braku możliwości zrealizowania zgłoszenia ze względu na założony we wniosku do Programu limit uczestników mogących wziąć udział w Programie,
 - 5) brak osób posiadających kwalifikacje, określone w Programie, do pełnienia funkcji asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością,

6) pomoc i potrzeby uczestnika Programu zostają zabezpieczone przez inne służby.

2. W uzasadnionych przypadkach asystent przerywa usługę w trybie natychmiastowym, informując niezwłocznie kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jasienicy Rosielnej, będącego jednocześnie koordynatorem Programu.

3. W sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia zarówno asystent jak i uczestnik Programu zobowiązani są w miarę możliwości do niezwłocznego powiadomienia odpowiednich służb i kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jasienicy Rosielnej, będącego jednocześnie koordynatorem Programu.

§ 8

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości, wykonywane usługi podlegają kontroli i są monitorowane przez kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jasienicy Rosielnej, będącego jednocześnie koordynatorem Programu. Monitoring realizowany jest przez realizatora Programu bezpośrednio w miejscu realizacji usługi, telefonicznie lub w inny uzgodniony i dogodny dla uczestnika Programu sposób.

2. Korzystanie z usług asystenckich oznacza zobowiązanie przez uczestnika Programu lub opiekuna prawnego do udzielania informacji służących kontroli i monitorowaniu jakości usług.

3. Uczestnik Programu lub opiekun prawny ma prawo zgłaszać swoje uwagi, dotyczące zakresu i jakości usługi do kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jasienicy Rosielnej, będącego jednocześnie koordynatorem Programu.

§ 9

Asystent w celu potwierdzenia swojej tożsamości posiada identyfikator zawierający dane: imię i nazwisko asystenta, zdjęcie asystenta, logo GOPS, adres i telefon siedziby GOPS, datę ważności.

Postanowienia końcowe

§10

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają zapisy Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” – edycja 2026.

2. W przypadku zaistnienia sytuacji nieuregulowanych w Programie i Regulaminie decyzję co do rozstrzygnięć podejmuje Realizator.
3. W uzasadnionych przypadkach, Realizator zastrzega sobie prawo wniesienia zmian do niniejszego Regulaminu lub wprowadzenia dodatkowych dokumentów.
4. Wszelkie zmiany niniejszego Regulaminu wymagają zachowania formy pisemnej.
5. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podjęcia Zarządzenia przez Kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jasienicy Rosielnej i obowiązuje do dnia zakończenia realizacji Programu.
6. Regulamin rekrutacji i udziału w Programie dostępny jest w siedzibie Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jasienicy Rosielnej, 36-220 Jasienica Rosielna 240.

Załączniki:

1. Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”.
2. Karta zakresu czynności w ramach usługi asystencji osobistej.
3. Oświadczenie uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” o wyborze asystenta.
4. Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.
5. Klauzula informacyjna – Program Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026
6. Oświadczenie uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” o zapoznaniu się z treścią Programu oraz regulaminem realizacji usługi.
7. Ocena formalna wniosku o przyznaniu usługi asystencji osobistej.
8. Karta oceny merytorycznej wniosku o przyznaniu usługi asystencji osobistej.
9. Karta realizacji usług asystencji osobistej.
10. Ewidencja przebiegu pojazdu.
11. Ewidencja biletów komunikacyjnych
12. Oświadczenie o wykorzystaniu samochodu w jazdach lokalnych na potrzeby realizacji Programu

Karta zgłoszenia do Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:.....
2. Adres zamieszkania :.....
3. Telefon kontaktowy:
4. Adres e-mail:
5. Preferowana forma komunikacji: telefon , e-mail , poczta tradycyjna
.....
6. Data urodzenia:.....
7. Status na rynku pracy:.....
8. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny – Tak / Nie
Jeżeli Tak, proszę podać jego imię i nazwisko
9. Grupa/stopień niepełnosprawności:.....
10. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:
 - 1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa) ,
 - 2) dysfunkcja narządu wzroku ,
 - 3) zaburzenia psychiczne ,
 - 4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym ,
 - 5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu ,
 - 6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ,
11. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:
12. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona a (przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności) – Tak / Nie
13. Czy porusza się Pan(i):

| | | | |
|--|--|---|---|
| W domu <input type="checkbox"/> | 1) samodzielnie <input type="checkbox"/> | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/> | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/> |
| Poza miejscem zamieszkania <input type="checkbox"/> | 1) samodzielnie <input type="checkbox"/> | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/> | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów <input type="checkbox"/> |

ortopedycznych

14. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie – **Tak** / **Nie**
15. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie.....
.....
16. Czy jest Pan(i) osobą samotnie zamieszkującą i gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia innych osób? – **Tak** / **Nie**
17. Czy jest Pan(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, jednocześnie spełniającą warunki o których mowa w cz. III ust. 2 Programu i nie mającymi możliwości wzajemnego wsparcia ani korzystania ze wsparcia innych osób? – **Tak** / **Nie**
18. Czy jest Pan(i) osobą, przebywającą w rodzinnej pieczy zastępczej, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w rodzinie zastępczej (spokrewnionej, niezawodowej lub zawodowej) lub w rodzinnym domu dziecka1 - **Tak** / **Nie**
19. Czy jest Pan(i) osobą, przebywającą w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w tej placówce2, gdzie wyłączną opiekę sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim - **Tak** / **Nie**

II. ŚRODOWISKO:

1. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w domu/poza domem?
.....
.....
.....
.....

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

Prosimy o określenie cech asystenta, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie:

1. Płeć:
2. Wiek:.....
3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:
.....
.....

4. Czy wskazuje Pan (i) asystenta? **Tak** / **Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko oraz numer telefonu

5. W jakich godzinach/porach dnia/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?
.....
.....
.....

6. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

.....
.....

7. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent - zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć:

1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:

- a) ubieranie się **Tak** / **Nie**
- b) korzystanie z toalety **Tak** / **Nie**
- c) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel **Tak** / **Nie**
- d) czesanie **Tak** / **Nie**
- e) golenie **Tak** / **Nie**
- f) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu **Tak** / **Nie**
- g) obcinanie paznokci rąk i nóg **Tak** / **Nie**
- h) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku **Tak** / **Nie**
- i) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak** / **Nie**
- j) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak** / **Nie**
- k) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) **Tak** / **Nie**
- l) sianie łóżka i zmiana pościeli **Tak** / **Nie**

2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:

- a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą, która z uwagi na swój stan zdrowia, wiek lub swoją niepełnosprawność nie może wykonywać tych czynności) - sprzątanie mieszkania (dotyczy pomieszczeń, z których osoba z niepełnosprawnością korzysta na co dzień), w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci **Tak** / **Nie**
- b) dokonywanie zakupów przez Internet lub towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie - np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) **Tak** / **Nie**
- c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą, która z uwagi na swój stan zdrowia, wiek lub swoją niepełnosprawność nie może wykonywać tych czynności) - mycie okien maksymalnie 2 razy w roku **Tak** / **Nie**
- d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ; e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak** / **Nie**

- e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak** / **Nie**
- f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go **Tak** / **Nie**
- g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak** / **Nie** .
- 3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
- a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością **Tak** / **Nie**
- b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym **Tak** / **Nie**
- c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym **Tak** / **Nie**
- d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu **Tak** / **Nie**
- e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami **Tak** / **Nie**
- f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta **Tak** / **Nie** .
- 4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
- a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji **Tak** / **Nie**
- b) wyjście na spacer **Tak** / **Nie**
- c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. **Tak** / **Nie**
- d) załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej **Tak** / **Nie**
- e) pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy **Tak** / **Nie**
- f) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się **Tak** / **Nie**
- g) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze **Tak** / **Nie**
- h) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. **Tak** / **Nie**
- i) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością **Tak** / **Nie**

j) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji

Tak / **Nie** .

k) inne: **Tak** / **Nie**

8. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana (i) wybranych usług asystencji osobistej? **Tak** / **Nie**

IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak** / **Nie**

2. Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:

dopytać jaka instytucja: np. GOPS, prywatnie opłacana osoba itp. jeśli wymienione zostaną form wsparcia dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta?

.....
.....
.....

Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pan(i) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej?

Tak / **Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę o podanie:

a. limitu przyznanych godzin:

b. limitu wykorzystanych godzin:

c. nazwy Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są dla Pana/Pani realizowane:

.....

V. OŚWIADCZENIA:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.

2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.

3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

4. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej, finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego, wobec uczestnika Programu określonego w niniejszej Karcie zgłoszenia do Programu nie będą świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym:

- usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214 z późn. zm.)

- usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych- o ile obejmują analogiczne wsparcie, o którym mowa w części IV ust. 19 Programu finansowane ze środków publicznych

5. W przypadku wskazania osoby asystenta w części III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2026 oświadczam, że osoba ta jest pełnoletnia, nie jest członkiem mojej rodziny w rozumieniu części IV ust. 6 Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2026, nie jest moim opiekunem prawnym, nie jest osobą faktycznie ze mną zamieszkującą, nie jest uczestnikiem programów Ministra finansowanych ze środków z Funduszu Solidarnościowego dotyczących usług asystencji osobistej i opieki wytchnieniowej i jest przygotowana do świadczenia dla mnie usług asystencji osobistej oraz mam świadomość, że wskazana osoba nie musi spełniać warunków, o których mowa w części IV ust. 5 pkt 1 lit. a i b Programu.
6. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej w części I ust. 18 albo 19 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2026 oświadczam, że zobowiązuje się do dostarczenia dokumentu/dokumentów potwierdzających spełnienie warunków, o których mowa w części I ust. 18 albo 19 niniejszej Karty.
7. W przypadku, gdy w bieżącym roku kalendarzowym korzystam(łem/łam) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej, niniejszym upoważniam
(podmiot, któremu przedkładana jest niniejsza Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2026) do potwierdzenia informacji, o których mowa w części IV ust 3 powyżej u Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są/były dla mnie realizowane.

Miejscowość, data

.....
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością.

.....
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności - konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji

Załącznik nr 2 do Regulaminu Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
– edycja 2026

.....
(Miejscowość, data)

.....
.....
.....
(Dane wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” – EDYCJA 2025

Oświadczam, że

Wybieram asystenta.

Imię i nazwisko asystenta:

Telefon:.....

E-mail:.....

W/w osoba:

- nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną,
- jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej,
- spełnia warunki określone w §1 ust. 8 Regulaminu realizacji usługi Asystenta Osobistego Osoby z Niepełnosprawnością edycja 2026 przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Jasienicy Rosielnej, na dowód czego przedstawiam następujące dokumenty:

.....
.....
.....
.....

Nie wybieram asystenta.

.....
(Podpis uczestnika Programu
/opiekuna prawnego uczestnika Programu)

.....
.....
(Dane wnioskodawcy)

**Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

Uwaga: Zakres czynnościowy ustalany jest każdorazowo indywidualnie na podstawie autodiagnozy potrzeb osoby z niepełnosprawnością oraz katalogu ról społecznych, które osoba z niepełnosprawnością pełni lub chciałaby pełnić.

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej:

- a) ubieranie
- b) korzystanie z toalety
- c) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel
- d) czesanie
- e) golenie
- f) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu
- g) obcinanie paznokci rąk i nóg
- h) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku
- i) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń
- j) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych
- k) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę)
- l) sianie łóżka i zmiana pościeli

2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:

- a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) - sprzątanie mieszkania w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci

- b) dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie - np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) ;
- c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) - mycie okien maksymalnie 2 razy w roku ;
- d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ;
- e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) ;
- f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go ;
- g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) .

3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

- a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością ;
- b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym ;
- c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym ;
- d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu ;
- e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami ;
- f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta .

4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:

- a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji ;
- b) wyjście na spacer ;
- c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. .

- d) załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej
- e) pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy
- f) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się
- g) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze
- h) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp.
- i) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością
- j) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji
- k) inne:

Miejscowość, dnia

.....

(Podpis uczestnika Programu
/opiekuna prawnego uczestnika Programu)

**Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jasienicy Rosielnej**

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, Minister Rodziny i Polityki Społecznej informuje, że:

Tożsamość administratora i dane kontaktowe

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Jasienicy Rosielnej, 36-220 Jasienica Rosielna 240, nr tel. 13 43 060 05.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną – adres email: inspektor.jasienica@gmail.com

Kategorie danych osobowych

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych:

- a) W przypadku osoby świadczącej usługi asystencji osobistej określonej w przyjętym przez Ministra Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026: imię i nazwisko, miejsce zamieszkania, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu oraz dane określone w kwestionariuszu osobowym i oświadczeniu dla celów podatkowych i ubezpieczenia ZUS do umowy zlecenia.
- b) W przypadku uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026: imię i nazwisko oraz dane określone w Karcie zgłoszenia do Programu, w zakresie niezbędnym do kwalifikacji i realizacji usługi asystencji w ramach w/w Programu przeprowadzenia kontroli, postępowania w trybie nadzoru lub sprawozdawczości.

Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Jasienicy Rosielnej wszelkich zadań i czynności związanych z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026 oraz sprawozdawczością, rozliczaniem środków, nadzorem i kontrolą dotyczących realizacji tego Programu.

Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO, gdyż przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, art. 6 ust. 1 lit. e RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO, gdyż przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są

proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026, przyjętego na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848)

Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora w zakresie realizowanych przez niego obowiązków oraz w związku z wykonywaniem czynności związanych z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026 a także innym podmiotom lub organom upoważnionym do pozyskania Pani/Pana danych na podstawie przepisów prawa (np. podmiotom kontrolującym Ośrodek). Administrator nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.

Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026, zgodnie z instrukcją kancelaryjną, jednolitym rzeczowym wykazem akt, instrukcją w sprawie organizacji oraz zakresem działania zakładowej składnicy akt, do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania, do ograniczania przetwarzania tych danych oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa powyżej. Realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych osobowych, a także m.in. z zasadami wynikającymi z Kodeksu postępowania administracyjnego i zasadami archiwizacji.

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie

W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie będzie dochodzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

Miejscowość, dnia

.....
(Podpis uczestnika Programu
/opiekuna prawnego uczestnika Programu)

Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, Minister Rodziny i Polityki Społecznej informuje, że:

Tożsamość administratora i dane kontaktowe

Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej jest Minister Rodziny i Polityki Społecznej, zwany dalej „Ministrem”, mający siedzibę w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną – adres email: iodo@mriips.gov.pl lub pisemnie na adres: ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.

Kategorie danych osobowych

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych:

W przypadku osoby świadczącej usługi asystencji osobistej określonej w przyjętym przez Ministra Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026: imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026: imię i nazwisko oraz dane określone w Karcie zgłoszenia do Programu, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli, postępowania w trybie nadzoru lub sprawozdawczości.

Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych ze sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, art. 6 ust. 1 lit. e RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, przyjętego na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848).

Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora w zakresie realizowanych przez niego obowiązków oraz w związku z wykonywaniem czynności związanych z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, a także innym podmiotom lub organom upoważnionym do pozyskania Pani/Pana danych na podstawie przepisów prawa (np. podmiotom kontrolującym Ministra). Administrator nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.

Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania, do ograniczania przetwarzania tych danych oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa powyżej. Realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych osobowych, a także m.in. z zasadami wynikającymi z Kodeksu postępowania administracyjnego i zasadami archiwizacji.

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie

W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie będzie dochodzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel.: 22 531 03 00.

Źródło pochodzenia danych

Pani/Pana dane zostały przekazane przez jednostkę samorządu terytorialnego lub podmiot uprawniony do prowadzenia działalności pożytku publicznego, która/który przekazał/a nam je w związku z Pani/Pana udziałem w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych:

Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań Ministra w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

Miejscowość, dnia

.....
(Podpis uczestnika Programu
/opiekuna prawnego uczestnika Programu)

.....
(Miejscowość, data)

.....
.....
.....
(Dane wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że zgłaszając się do uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026r. zapoznałem się z treścią Programu oraz regulaminem realizacji usługi „Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026 r. przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Jasionicy Rosielnej.

.....
(Podpis uczestnika Programu
/opiekuna prawnego uczestnika Programu)

| | |
|---|-------------------------------|
| Ocena formalna <i>Wniosku o przyznanie usług asystencji osobistej</i> | Nazwisko i imię wnioskodawcy: |
| | Nr sprawy: |

1. wniosek został złożony we właściwej instytucji
2. wniosek został sporządzony na obowiązującym formularzu.....
3. wnioskodawca *podlega/nie podlega** wykluczeniu z ubiegania się o dofinansowanie
4. wypełniono wszystkie wymagane pola we wniosku.....
5. Dołączono wszystkie wymagane załączniki:

| Lp. | Nazwa załącznika | Załączono do wniosku | | Data uzupełnienia |
|-----|---|----------------------|-----|-------------------|
| | | TAK | NIE | |
| 1. | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały złożone wg właściwych wzorów | | | |
| 2. | Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) | | | |
| 3. | Oświadczenie dot. wyboru asystenta | | | |
| 4. | Zakres czynności w ramach usług asystenta do Programu | | | |
| 5. | Klauzula informacyjna w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” - edycja 2026 | | | |
| 6. | Klauzula informacyjna RODO w ramach „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” - edycja 2026 | | | |

W dniu sporządzenia oceny formalnej tj. wniosek kompletny/nie kompletny*.

W dniu wysłano pismo o konieczności uzupełnienia braków formalnych.

W dniu wniosek uzyskał ocenę formalną: **pozytywną** **negatywną**

* *niepotrzebne skreślić*

.....
Podpis i pieczęć pracownika

**Karta oceny merytorycznej
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” - edycja 2026**

Nr sprawy:

| OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU | |
|--|------------------|
| 1. Osoba z niepełnosprawnością, która nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych. | |
| a. Tak (3 pkt.) | |
| 2. Osoba z niepełnosprawnością, która porusza się z pomocą sprzętów ortopedycznych | |
| a. Tak (2 pkt.) | |
| 3. Osoba z niepełnosprawnością porusza się samodzielnie | |
| a. Tak (1 pkt.) | |
| 4. Osoba z niepełnosprawnością, której dotyczy wnioszek ma niepełnosprawność sprzężoną/ złożoną (występują co najmniej dwa rodzaje niepełnosprawności lub trzy rodzaje niepełnosprawności): | |
| a. Występują 3 rodzaje niepełnosprawności (3 pkt.) | |
| b. Występują 2 rodzaje niepełnosprawności (2 pkt.) | |
| c. Występują 1 rodzaje niepełnosprawności (1 pkt.) | |
| 5. Uzasadnienie wskazujące na trudną sytuację osoby z niepełnosprawnością. | |
| a. Tak (3 pkt.) | |
| 6. Osoby wymagające wysokiego poziomu wsparcia. | |
| a. Tak (3 pkt.) | |
| Razem | pkt |

.....
Podpis i pieczęć pracownika

**Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

Karta realizacji usługi asystencji osobistej nr:

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Adres uczestnika Programu:

Rozliczenie miesięczne wykonania usługi asystencji osobistej w okresie od do

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

| Lp. | Data usługi | Liczba godzin zrealizowanych | Godziny realizacji usługi (od – do) | Rodzaj i miejsce realizacji usługi* | Czytelny podpis asystenta | Czytelny podpis uczestnika/ opiekuna prawnego |
|-----|-------------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|---|
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|
| 4. | | | | | | |
| 5. | | | | | | |
| 6. | | | | | | |
| 7. | | | | | | |
| 8. | | | | | | |
| 9. | | | | | | |
| 10. | | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|
| 11. | | | | | | |
| 12. | | | | | | |
| 13. | | | | | | |
| 14. | | | | | | |
| 15. | | | | | | |
| 16. | | | | | | |
| 17. | | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|
| 18. | | | | | | |
| 19. | | | | | | |
| 20. | | | | | | |

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu 2026 r. wyniosła godzin.
 Łączny koszt zakupu biletów komunikacji publicznej/prywatnej jednorazowych oraz koszt dojazdu własnym/innym środkiem transportu, np. taksówką asystentów w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu oraz łączny koszt zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu wyniósł zł – 300 zł miesięcznie na asystenta wykonującego usługę asystencji osobistej dla jednej osoby z niepełnosprawnością i 500 zł dla wykonującego usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością.**

.....

Data i podpis asystenta

Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego - Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością.

.....

Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

* Należy wskazać miejsce realizacji usługi asystencji osobistej, np. w miejscu zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości. W przypadku zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu, należy wpisać miejsce, czas, cel uczestnictwa asystenta w wydarzeniu.

** Należy załączyć ewidencję przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

(Dane asystenta)

EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU

za miesiąc 2026 r.

| Lp. | Data wyjazdu | Numer rejestracyjny pojazdu | Pojemność silnika | Wskazanie rodzaju środka transportu (własny/asystenta/inny – wskazać jaki) | Opis trasy wyjazdu (skąd-dokąd) | Cel wyjazdu | Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością | Liczba faktycznie przejechanych kilometrów | Stawka za 1 km przebiegu * | Wartość | Podpis asystenta | Uwagi |
|---|--------------|-----------------------------|-------------------|--|---------------------------------|-------------|---|--|----------------------------|-------------------|------------------|-------|
| | | | | | | | | | zł gr | (9)x(10) zł gr | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Podsumowanie strony | | | | | | | | | | | | |
| Do przeniesienia/Z przeniesienia | | | | | | | | | | | | |
| Razem | | | | | | | | | | | | |

* Stawka za przejechany 1 km została określona w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz. U. poz. 271, z 2004 r. poz. 2376, z 2007 r. poz. 1462, z 2011 r. poz. 308 oraz z 2023 r. poz. 5) i wynosi:

- dla samochodu o pojemności skokowej silnika do 900 cm³ – 0,89 zł;
- dla samochodu o pojemności skokowej silnika powyżej 900 cm³ – 1,15 zł;
- dla motocykla – 0,69 zł;
- dla motoroweru – 0,42 zł.

.....
Data i podpis asystenta

.....
.....
(Dane asystenta)

EWIDENCJA BILETÓW KOMUNIKACYJNYCH

za miesiąc 2026 r.

| Lp. | Imię i nazwisko asystenta | Data pobrania/zakupu biletów | Liczba pobranych/zakupionych biletów | Data wyjazdu z osobą z niepełnosprawnością | Cel wyjazdu | Podpis asystenta | Uwagi |
|-----|---------------------------|------------------------------|--------------------------------------|--|-------------|------------------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

.....
Data i podpis asystenta

Oświadczenie

*o wykorzystanie samochodu w jazdach lokalnych
na potrzeby realizacji Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026*

Pracownik/Zleceniobiorca

Zamieszkały

Oświadczam, że wykorzystywałem(am) do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026 w ramach przejazdów lokalnych mój prywatny samochód osobowy marki nr rejestracyjny o pojemności silnika cm³ w miesiącu, łącznie dni co potwierdza ewidencja przebiegu pojazdów.

miejsowość data.....

.....
(podpis pracownika/zleceniobiorcy)